



行政院衛生署
中央健康保險局

健保制度與 費用管控策略



高屏業務組 吳錦松

大綱

1 健保支付制度

2 高屏區醫院總額管控策略

3 二代健保實施的影響

4 結語

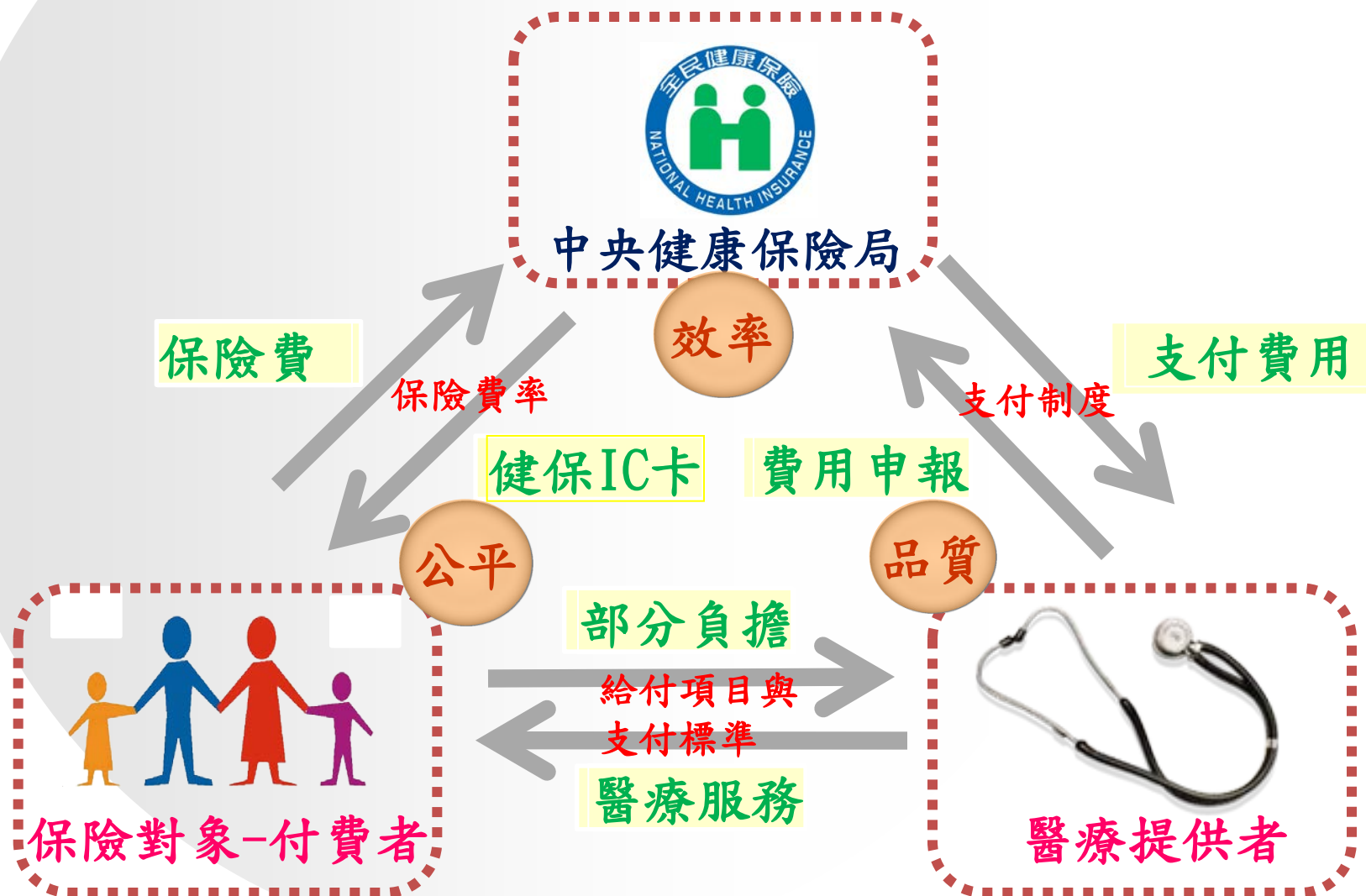




健保支付制度



全民健康保險的運作



健康保險醫療費用管控方法

❖ 供及端：

- 支付制度
- 醫療及藥品品項、價格及數量
- 醫療費用審查

❖ 需求端：

- 給付範圍
- 部分負擔
- 輔導與限制

❖ 『保險人』：藉由保險人的競爭，讓費率合理化或控制醫療費用



支付制度的重要性和功能

- ❖ 影響醫療費用的上漲率。
- ❖ 影響醫療服務供給數量、品質與效率並避免醫療浪費。
- ❖ 透過支配財務、資源在各種醫療服務上的分配，進而影響醫事人力及醫院病床的總供給量及分佈。
- ❖ 直接影響醫院及醫事人員的收入。
- ❖ 決定健康保險行政體系的繁複或簡單。

健保支付制度



• 總額支付制度

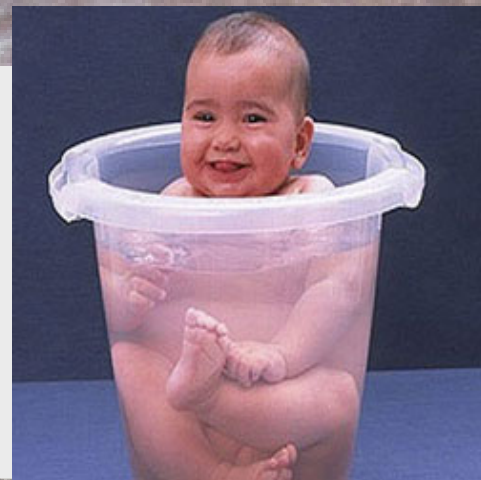
- 牙醫門診總額(1998.7)
- 中醫門診總額(1999.7)
- 醫院總額(2002.7)
- 西醫基層總額(2001.7)
- 門診透析獨立預算(2003)

• 論質計酬(醫療給付改善方案)

- 糖尿病、氣喘、乳癌(2001)
- 高血壓(2006)
- 精神分裂症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者(2010)
- 慢性腎病(CKD,2011)

• 整合相關計畫

- 家庭醫師整合性照護計畫(2003.3)
- 醫院以病人為中心整合照護計畫(2009)
- 診所以病人為中心整合照護計畫(2011)

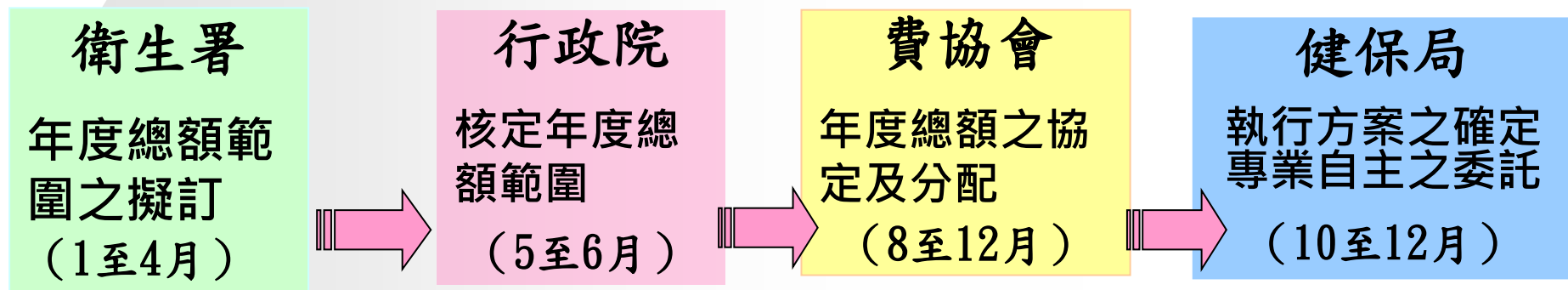


總額

誰把清池變染缸？



年度總額預算協定之程序及方向



量出為入

經建會審查

量入為出

專業自主

1. 各部門成長目標值
2. 費用增加之內涵及預期效益
3. 相關公式檢討

1. 總體經濟情勢
2. 民眾付費能力
3. 醫療保健支出

1. 付費者付費意願
2. 健保財務之考量
3. 健保購買之價值

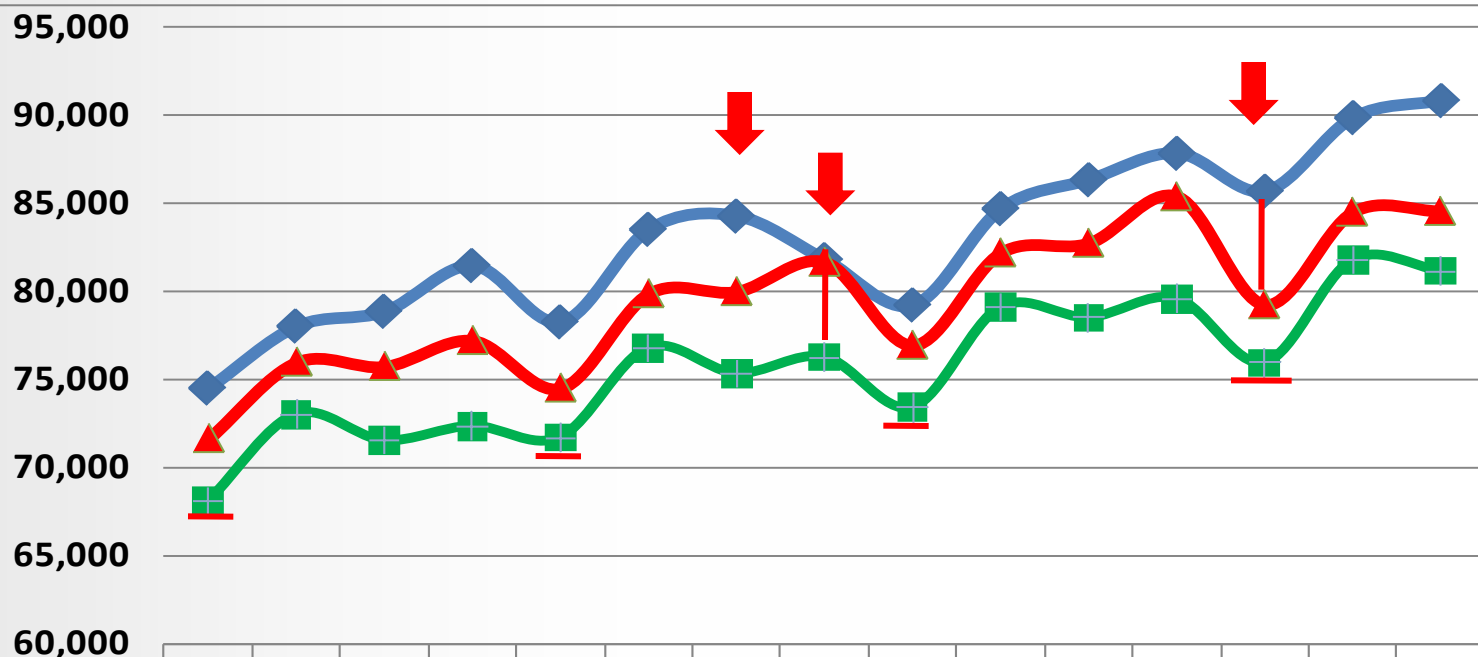
1. 落實總額精神，促進專業自主
2. 提升專業品質
3. 促進合約對等

近5年醫院總額協商成長率

	一般總額 成長率	一般加專款總 額成長率	總 成長率	較前年 成長率
101年	3.929%	4.896%	4.609%	4.683%
100年	3.171%	3.319%	3.007%	3.173%
99年	3.051%	2.944%	2.734%	3.256%
98年	4.521%	4.654%	4.363%	4.789%
97年	4.870%	5.246%	4.900%	—

醫院總額部門醫療點數、核定數及預算數

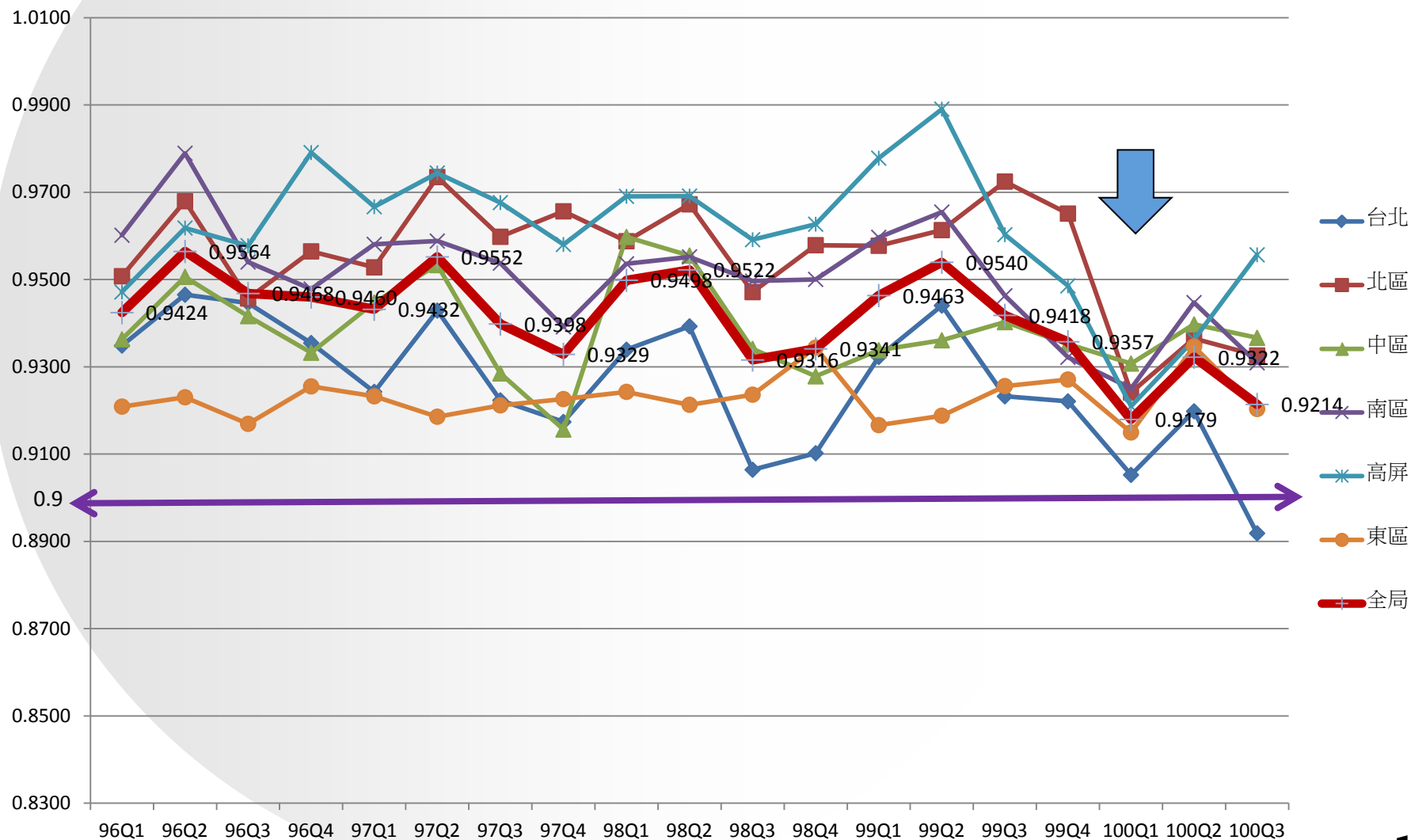
百萬



	97Q1	97Q2	97Q3	97Q4	98Q1	98Q2	98Q3	98Q4	99Q1	99Q2	99Q3	99Q4	100Q1	100Q2	100Q3
申報費用	74,504	78,017	78,852	81,446	78,252	83,497	84,248	81,780	79,212	84,673	86,310	87,807	85,658	89,833	90,797
申報專款(不含DRG)									2,278	2,419	2,657	2,770	2,702	2,839	2,902
核定點數(一般+專款)	71,621	75,966	75,725	77,195	74,493	79,857	79,975	81,642	76,926	82,175	82,726	85,365	79,228	84,491	84,537
核定一般部門點數	70,053	74,358	73,990	75,417	72,833	77,987	78,155	78,932	74,573	79,679	79,995	81,636	2,716	3,065	3,186
核定專款點數(含DRG及護理計畫)	1,568	1,608	1,734	1,778	1,660	1,870	1,820	2,711	2,353	2,497	2,731	3,729	81,945	87,556	87,723
醫院預算(含專款)	68,042	72,995	71,507	72,323	71,685	76,767	75,313	76,237	73,387	79,072	78,484	79,559	75,920	81,747	81,139
一般部門預算	66,072	71,026	69,538	70,354	69,180	74,261	72,807	73,731	70,886	76,571	75,983	77,058	73,224	79,051	78,443
專款預算(含DRG及護理計畫)	1,970	1,970	1,970	1,970	2,506	2,506	2,506	2,506	2,501	2,501	2,501	2,501	2,696	2,696	2,696

註：醫院總額醫療點數含交付機構。

95年-100年各分區平均點值趨勢





高屏區醫院總額管控策略



高屏區醫院總額管理目標

- 維持點值在適當範圍
- 促使醫療資源適當分配
- 提升醫療照護效率
- 提升醫療服務品質
- 提升用藥安全



高屏區醫院總額管理模式

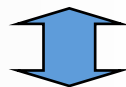
醫院專業審查措施



開源

•提升醫院各項健保代辦業務正確申報專案

- 1.職災案件
- 2.法定傳染病
- 3.總額外項目



節流

- 特定就醫群管控-呼吸器依賴患者費用監控，精神科及養護收容機構院民醫療利用
- 易浮濫使用項目管控-檢驗檢查及復健治療
- 高科技、高費用診療項目管理
- 藥品專案-提昇病患用藥安全
- 非必要的醫療利用-輕症與末期不可恢復者
- 提昇醫療品質實地審查專案

非總額範圍申報項目

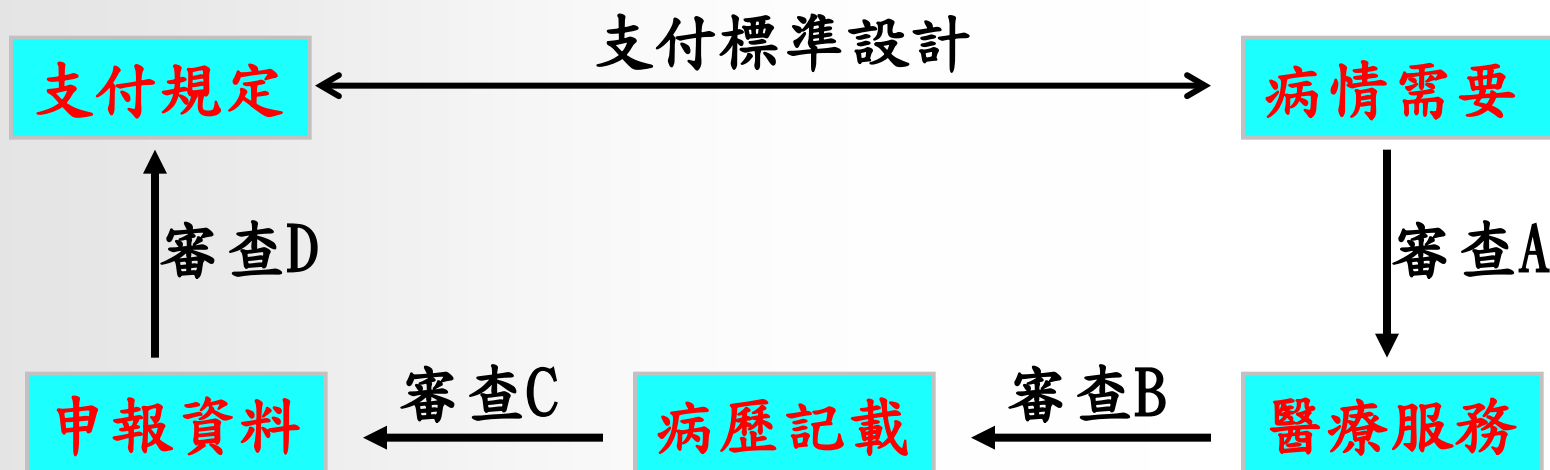
- 提升住院護理品質方案
- 門診整合照護計畫(住院)
- 急診品質提升方案(收治急性腦中風、心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症。或轉診)
- 安寧療護
- 醫療給付改善方案(精神分裂、糖尿病、氣喘、Pre-ESRD、CKD...等)
- 資源垂直整合(支援、急診)



審查之目的為何？

- ❖ 提昇品質、改變行為？費用控制？
- ❖ 什麼是達到審查目的的有效手段？
 - 核減→改正？預防？符合期望？
 - 輔導、教育→介入不夠？無法放心？
- ❖ 總額下健保審查，係為維持醫界之公平及民眾醫療品質。

醫療服務審查的重點



A: 需要性、適當性 B: 完整性
C: 一致性 D: 正確性

☞ 若B、C成立，A、D才有意義

☞ 項目、數量、品質

醫療服務審查包括

- ❖ 醫療服務申報及支付：包括醫療服務點數申報、暫付、抽樣、核付及申復等程序
- ❖ 程序審查：行政審查
- ❖ 專業審查：事後審查(Retrospective Review)
- ❖ 事前審查(Prospective Review)危險性高、易不當或過度使用之醫療服務、昂貴且易使用浮濫之特材、昂貴或有明顯副作用的藥物
- ❖ 實地審查：亦可稱同時審查(Concurrent Review)
- ❖ 檔案分析：

檔案分析

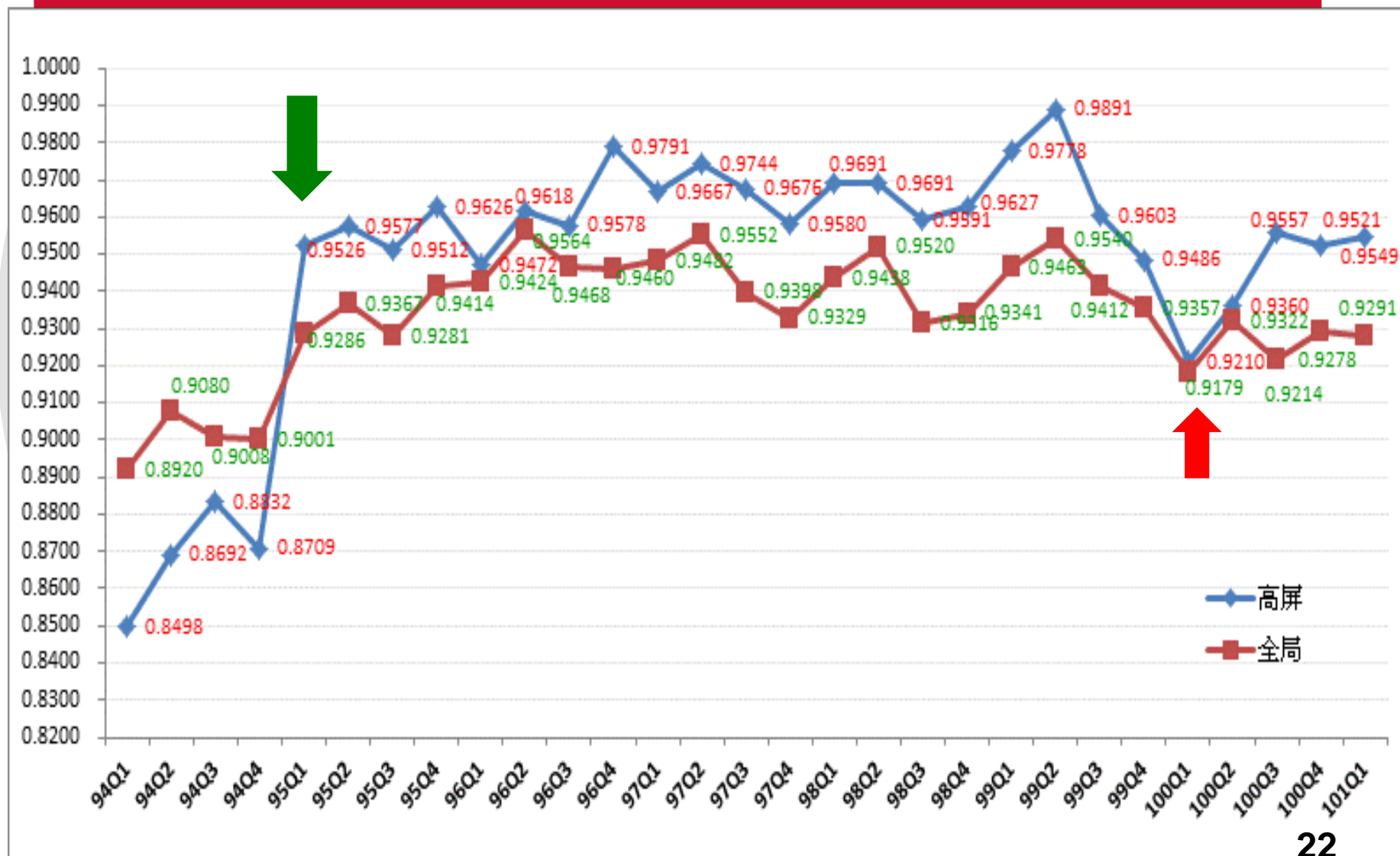
- ❖ 保險人得針對醫事服務機構別、科別、醫師別、保險對象別、案件分類、疾病別或病例別等，分級分類進行該類案件之醫療資源耗用、就醫型態、用藥型態及治療型態等之檔案分析，並得依分析結果，予以輔導改善，經輔導並於一定期間未改善者，保險人得採立意抽樣審查、加重審查或全審，必要時得移請稽核。
- ❖ 經保險人檔案分析審查，符合不予支付指標者，其申報費用，保險人應依該指標處理方式不予支付。

審30

101年第1季醫院初核核減率統計

醫院審查分類	家數	門診			住診			小計		
		費用佔率	去年同期成長率	核減率	費用佔率	去年同期成長率	核減率	費用佔率	去年同期成長率	核減率
參與醫院	90	77.68%	3.60%	2.90%	78.80%	0.88%	1.06%	78.27%	2.16%	1.94%
未參與醫院	28	22.32%	11.62%	9.23%	21.20%	4.29%	11.97%	21.73%	7.79%	10.62%
小計	118	100%	5.29%	4.32%	100%	1.58%	3.37%	100%	3.33%	3.83%

高屏區醫院總額點值管控趨勢



Tw-DRG監控四大面向

DRG 案件

醫療效率

- 住院天數之變化
- 醫療支付點數與實際醫療點數的差異

費用轉移

- 減少必要服務、降低醫療品質
- 住院費用移轉門診

病患轉移 (可近性)

- 拒收重症或虧本之病人
- 分次住院或不當轉院

成效測量

- 落在上下限件數之變化
- 病患嚴重度改變
- 再入院率、再急診率之變化

Tw-DRGs 支付型態與審查重點

- ◆ 支付型態0：費用介於上下限臨界點範圍內案件：住院及手術適當性、編碼正確性、醫療服務適當性（是否應做未做）、醫療品質適當性、是否提早出院。
- ◆ 支付型態1：費用高於上限臨界點之outlier案件：住院及手術適當性、編碼正確性、以FFS的概念審查醫療服務適當性、醫療品質適當性。
- ◆ 支付型態2：費用低於下限臨界點核實申報案件：住院及手術適當性、編碼正確性、以FFS的概念審查醫療服務適當性、醫療品質適當性。
- ◆ 支付型態3：依Tw-DRG支付標準無權重之Tw-DRG核實申報案件：住院及手術適當性、編碼正確性、以FFS的概念審查醫療服務適當性、醫療品質適當性。
- ◆ 支付型態4：依Tw-DRG支付標準個案小於20之Tw-DRG核實申報案件：住院及手術適當性、編碼正確性、以FFS的概念審查醫療服務適當性、醫療品質適當性。
- ◆ 支付型態5：轉歸代碼為一般自動出院或轉院，住院日數小於該 Tw-DRG幾何平均住院日數且實際醫療費用點數介於上下限臨界點者，論日支付案件：住院適當性、手術適當性、編碼正確性、醫療服務適當性、轉歸或轉院適當性、申報之住院日數合理性、醫療品質適當性。

高屏Tw-DRGs 申報概況-整體

年度	件數	件數 成長率	件數 占率	費用 點數 (百萬點)	點數 成長率	點數 占率	平均 住院 日數	平均每 件申報 點數	平均每 件實際 醫療費 用	費用 比值
99	18,756	0.13%	16.3%	972.8	2.01%	14.7%	4.47	51,867	42,967	1.2071
100	18,133	-3.32%	14.7%	939.9	-3.38%	13.5%	4.43	51,833	42,976	1.2061
101	20,082	<u>10.75%</u>	16.1%	1,021.8	8.72%	14.4%	<u>4.36</u>	<u>50,882</u>	<u>42,724</u>	<u>1.1909</u>

全局值：住院日數4.17天、每件申報點數53,442 點、實際醫療費用44,809點
費用比值1.1927

各層級Tw-DRGs之CMI值

年	季	醫學中心		區域層級		地區醫院	
		高屏	全局	高屏	全局	高屏	全局
99	Q1	1.6539	1.5990	1.3064	1.2961	1.0686	1.1625
100	Q1	1.6715	1.6001	1.3234	1.3035	1.0672	1.1481
101	Q1	1.6235	1.5807	1.2940	1.2896	1.1036	1.1483

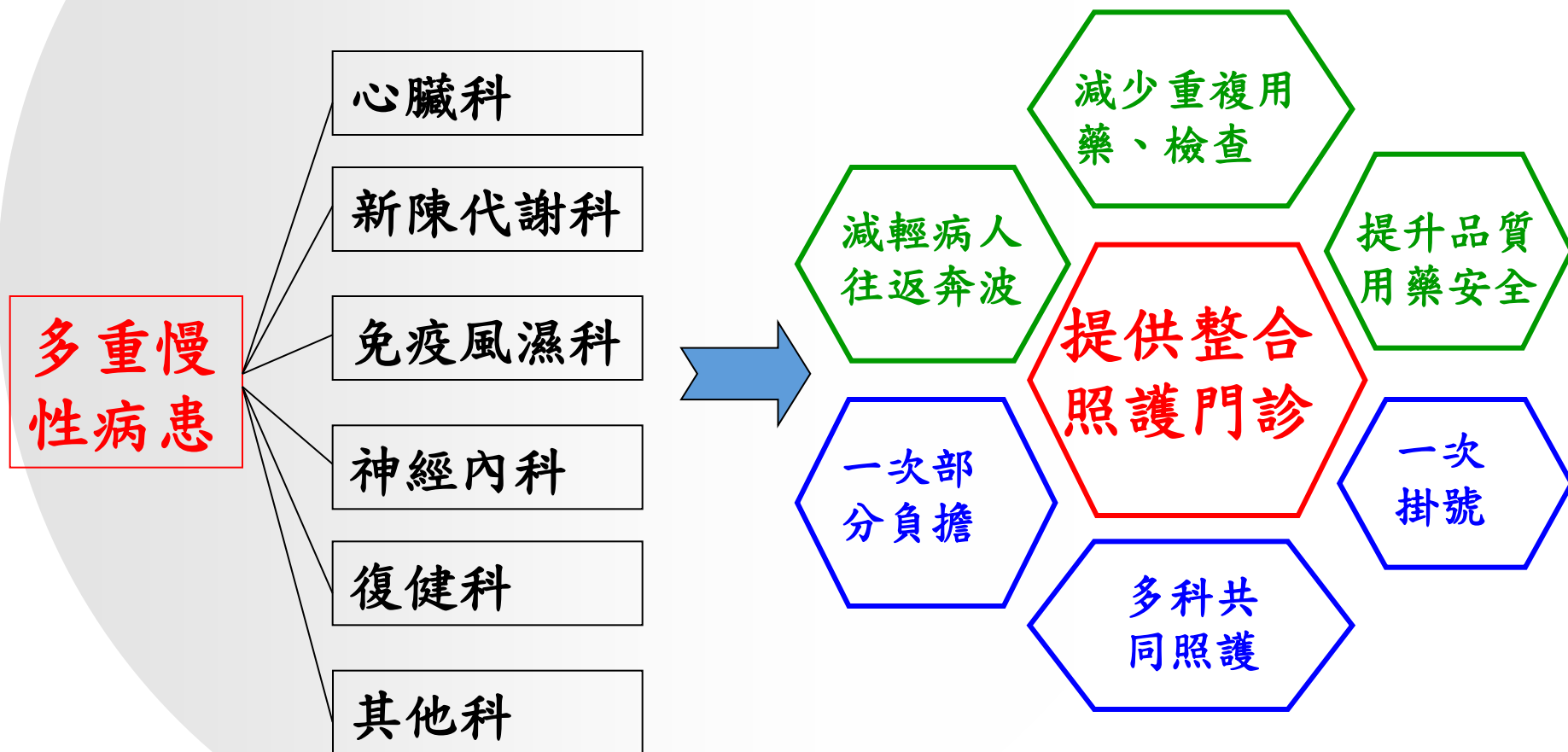
各層級Tw-DRGs 3日再急診率

年	季	醫學中心		區域層級		地區醫院	
		高屏	全局	高屏	全局	高屏	全局
99	Q1	1.51	1.74	1.20	1.76	1.07	1.34
100	Q1	1.60	1.55	1.64	1.74	0.97	1.36
101	Q1	<u>1.85</u>	1.65	1.38	1.56	0.90	1.15

各層級Tw-DRGs 14日內再住院率

年	季	醫學中心		區域層級		地區醫院	
		高屏	全局	高屏	全局	高屏	全局
99	Q1	1.98	2.52	3.28	2.82	1.66	2.13
100	Q1	2.26	2.25	2.70	2.81	1.81	2.0
101	Q1	1.44	1.81	2.20	2.46	<u>1.73</u>	1.6

整合照護門診



- 不影響民眾就醫權益
- 提高門診就醫品質



高屏業務組第二期 「醫院整合門診照護試辦計畫」成效指標

項目	於照護醫院內			於所有醫院、診所			於照護醫院外		
	基期值	試辦期	成長率%	基期值	試辦期	成長率%	基期值	試辦期	成長率%
平均每人每月門診次數	1.177	1.028	-12.70	1.949	1.874	-3.80	0.772	0.847	9.76
平均每人每月門診醫療點數	4,007	3,882	-3.11	4,826	4,839	0.28	819	957	16.87
平均每人每月藥品項數	5.057	4.914	-2.83	5.693	5.589	-1.82	1.290	1.367	5.97
平均每人每月急診次數	0.041	0.036	-11.49	0.053	0.050	-6.92	0.012	0.013	8.51

全民健康保險論人計酬試辦計畫

❖ 目的

- 使民眾獲得更完整的照護：
 - 透過疾病治療服務、加強提供預防保健、衛生教育與個案管理服務，以促進民眾健康。
- 使醫療團隊發揮照護能量：
 - 以全人照護為導向，促進區域醫療體系整合，包括基層院所與醫院之整合。
- 促進民眾健康、減少醫療浪費。

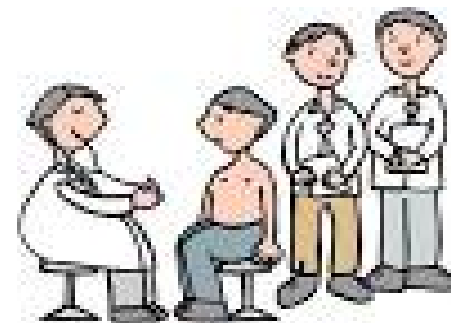
全民健康保險論人計酬試辦計畫

❖ 涵蓋範圍：

- 除牙醫、中醫及器官移植外，所有全民健保給付項目均包含在內。

❖ 試辦之模式

- 區域整合模式(由上往下整合)
- 社區醫療群模式(由下往上整合)
- 醫院忠誠病人模式(由上往下整合)



論人計酬試辦計畫執行結果分析1/2

忠誠

費用別	組別 (n=4, 978*2)	平均數	標準差	P值
門診	實驗組	21, 601	51, 785	0.003
	對照組	18, 259	43, 332	
住診	實驗組	11, 293	52, 991	0.103
	對照組	10, 327	55, 239	
門住診	實驗組	34, 301	80, 320	0.004
	對照組	30, 092	75, 873	

自選

費用別	組別 (n=1, 343*2)	平均數	標準差	P值
門診	實驗組	8, 173	16, 605	1.862
	對照組	7, 693	13, 130	
住診	實驗組	5, 722	34, 527	1.279
	對照組	6, 928	60, 276	
門住診	實驗組	14, 252	41, 382	0.287
	對照組	14, 906	63, 058	

論人計酬試辦計畫執行結果分析1/2

忠誠對象 醫療費用	前期	基期		計畫期	
	點數(萬)	點數(萬)	同期 成長率%	點數(萬)	同期 成長率%
院內	11,643	12,057	3.6	11,182	-7.3
院外	2,147	2,528	17.7	5,893	133.1
總計	13,790	14,585	5.8	17,075	17.1



安寧療護

是以完整的醫療團隊，運用積極的醫療措施及護理照顧，儘可能緩解病人因得到威脅生命疾病所造成之身、心、靈痛苦，以提升病人與家屬的生活品質。目前健保提供之安寧療護有：

- 安寧居家療護
- 住院安寧療護
- 安寧共同照護計畫



安寧療護收案對象1/2

❖ 癌症末期病患：

- 確定病患對各種治癒性治療效果不佳(必要條件)。
- 病人有身心靈症狀亟需安寧共同照護小組介入。

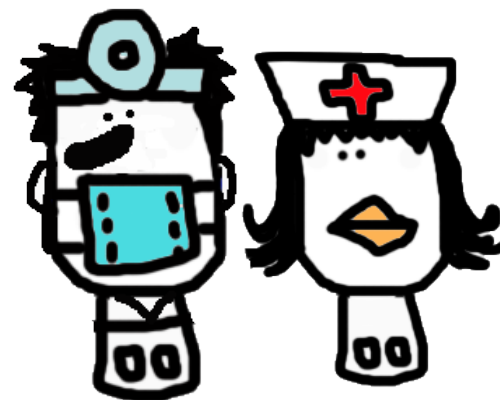
❖ 末期運動神經元病患：

- 末期運動神經元病患，主要症狀有直接相關或間接相關症狀者。
 - 直接相關症狀：虛弱及萎縮、肌肉痙攣、吞嚥困難、呼吸困難。
 - 間接相關症狀：睡眠障礙、便秘、流口水、心理或靈性困擾、分泌物及黏稠物、低效型通氣不足、疼痛。
- 末期運動神經元患者，雖使用呼吸器，但已呈現瀕臨死亡徵象者。

安寧療護收案對象2/2

❖ 主要診斷為下列疾病，且已進入末期狀態者

- 老年期及初老期器質性精神病態
- 其他大腦變質
- 心臟衰竭
- 慢性氣道阻塞，他處未歸類者
- 肺部其他疾病
- 慢性肝病及肝硬化
- 急性腎衰竭，未明示者
- 慢性腎衰竭及腎衰竭，未明示者





二代健保實施的影響



全民健保修法改革重點

- 建立財務收支連動機制
- 擴大民眾參與
- 落實人人有保
- 公平規定久居海外者(或民眾)之投保條件
- 提升政府之財務責任
- 擴大保險費基、強化量能負擔精神

- 節制資源使用，減少不當醫療
- 多元計酬，為民眾購買健康
- 得實施藥品費用分配比率目標制度
- 辦理醫療科技評估
- 資訊公開透明
- 保障弱勢群體權益

成立全民健康保險會

主管機關

衛生福利部

費用協定
委員會

醫療費用協定與分
配（側重支出面）

監理
委員會

監理保險業務
（側重收入面）

爭議審議
委員會

審議
保險爭議事項

整併

統合收支面
建立收支連動機制

全民健康
保險會



全民健康保險會權責

- 保險費率之審議
- 保險給付範圍之審議
- 保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配
- 保險政策、法規之研究及諮詢
- 其他有關保險業務之監理事項
 - ✓ 得差額負擔之特殊材料品項及實施日期(§45)
 - ✓ 抑制資源不當耗用之改善方案(§72)
 - ✓ 保險醫事服務機構提供健保業務相關財務報告之辦法(§73)
 - ✓ 保險人及保險醫事服務機構公開與健保相關醫療品質資訊之辦法(§74)

節制醫療資源使用

一代健保

- 多課以醫療提供者責任，較少對於使用者之管制。

二代健保

- ◆ 增訂對多次重複就醫、過度使用醫療資源之保險對象，進行輔導與就醫協助，未依規定就醫時，不予保險給付，但情況緊急時不在此限。
(§53)
- ◆ 增訂保險人應每年提出並執行抑制不當耗用醫療資源之改善方案。(§72)

加重罰鍰，減少不當醫療

對詐領保險給付及醫療費用者，加重處罰

將現行依詐領金額處以二倍罰鍰之額度，提高為
二至二十倍。
(§81)



得視違規情節輕重，對違規特約院所，於一定期間不予特約或永不特約。(§81)

多元計酬支付制度-為民眾買健康

1

多元計酬
以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日方式訂定

2

各方共同推動總額支付制度
遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度

3

訂定家庭責任醫師制度
促進預防醫學、落實轉診制度，提升醫療品質與醫病關係

4

合理調整藥價
依市場交易情形合理調整藥品價格，專利過期藥品增加調整頻率

抑制資源不當耗用之改善方案1/2

□減少無效醫療資源耗用

- 鼓勵安寧療護
- 增列「緩和醫療家庭諮詢費」

□高耗用醫療項目管控

- 門診復健（早療除外）、放射線治療、CT、MRI及ESWL
- 高耗用項目多量折付
- 推廣醫療影像資源共享

抑制資源不當耗用之改善方案2/2

□ 多重疾病整合醫療

- 持續推動醫院門診以病人為中心之整合照護計畫、論人計酬試辦計畫，並評估執行效益，修正個案選擇、指標項目及退場機制
- 加強論質計酬制度收案

□ 加強重複醫療查核機制

- 研議IC卡登錄及上傳未確實，不給付之管控方案
- 研議開立管制藥而未開啟關懷名單查詢核扣原則

健保費調漲

健保資源樞控

整合不良分科瑣碎

病友會組織施壓

重複求診重複領藥
藥品資源浪費

老齡人口比例

節流審制
監督鬆散

醫病雙方
不良心態

結語

- ❖ 制度改革係期讓服務更有效率
- ❖ 管控措施係期望維護病患就醫權益與照護品質
- ❖ 審查是為營造醫療提供者公平的執業環境
- ❖ 二代健保的改變係期望有更美好未來

